

Agressiebeleid op een forensische psychiatrische unit voor adolescenten: literatuuroverzicht en implementatie in de praktijk¹

Sabine Tremmery, An de Decker, Marc De Hert, Jan De Varé, Marina Danckaerts²

[S A M E N V A T T I N G] Agressie-incidenten zijn een belangrijk onderdeel van de dagelijkse realiteit op een forensische psychiatrische behandelunit voor jongeren. In het kader van de opstart van een nieuwe forensische psychiatrische behandelunit voor jongeren van 12 tot 18 jaar werd een systematische literatuurstudie uitgevoerd. Dit artikel biedt een overzicht van de beschikbare literatuur met betrekking tot de prevalentie van agressie-incidenten en het agressiebeleid in de kinder- en jeugdpsychiatrie en de forensische psychiatrie in het bijzonder. De uitwerking van een geprotocolleerd agressiebeleid op de nieuwe unit wordt toegelicht. Een systematische literatuurstudie van Engelstalige artikelen vanaf 1990 werd uitgevoerd op basis van PubMed en PsychInfo. Slechts tien publicaties vermelden prevalentiecijfers van agressie-incidenten op algemene kinder- en jeugdpsychiatrische behandelunits of specifieke forensische units voor jongeren. Literatuur over concrete beleidsmatige richtlijnen is zo goed als onbestaande. Het aantal jongeren dat gedurende de opname aanleiding geeft tot een agressie-incident, varieert van 27% tot 75%. Het gebrek aan een eenduidige definitie van agressie, verschillen in de gehanteerde operationalisering en registratie van agressie-incidenten, onderzoeksperiode, setting alsook populatie, maken een betrouwbare vergelijking vrijwel onmogelijk.

Op basis van de beperkte prevalentiegegevens bestaat er momenteel geen evidentie voor een groter aantal agressie-incidenten op een forensische jeugdpsychiatrische behandelunit in vergelijking met reguliere kinder- en jeugdpsychiatrische settings. Verder onderzoek, zowel naar de prevalentie van incidenten als de kenmerken van agressie, zoals betrokken jongere, situatie en context, is nodig om handvatten te bieden voor een goed beleid.

Inleiding

Bij het opstarten van een nieuwe psychiatrische behandelunit voor forensische jongeren rijzen er heel wat vragen omtrent agressie. Kandidaat-personeelsleden zijn ongerust over de te verwachten agressie. Het idee leeft dat deze jongeren potentieel gevaarlijk zijn en dat werken op een dergelijke unit ook in belangrijke mate omgaan met agressie impliceert. Deze perceptie bemoeilijkt de aanwerving van voldoende gekwalificeerd personeel.

Een heldere definitie van agressie is nodig alvorens de vraag naar de prevalentie ervan te kunnen beantwoorden. In de litera-

tuur worden de termen 'agressie' en 'geweld' vaak door elkaar gebruikt. Ondanks de grote overlap zijn beide termen geen synoniemen. Agressie wordt gedefinieerd als de "fysieke of verbale kracht onder vorm van daad, gebaar of poging; die een vrees voor verwonding doet ontstaan, ongeacht of dit psychisch of fysiek is en ongeacht of die verwonding al dan niet wordt uitgevoerd". Geweld is "het ernstig schade berokkenen aan materiaal, aan zichzelf, aan anderen of aan het leefklimaat" (Cottenie, 2010).

Omgaan met agressie is voor de hulpverlener allang een belangrijk thema binnen het psychiatisch werk. De internationale tendens om meer en meer te focussen op extramurale zorg via ambulante zorgcircuits en partiële opnames en psychiatische opnames te beperken tot het strikt noodzakelijke, leidt ertoe dat de proportie van psychiatische patiënten met ernstig agressief en gevaarlijk gedrag toeneemt in de algemene psychiatische populatie (Crespi, 1990; Menninger, 1993). De mate van geweld bij opgenomen psychiatische patiënten neemt relatief gezien toe (Davis, 1991; Nijman et al., 1997a).

Agressiebeheersing werd in de laatste twee decennia een primair therapeutisch doel (Menninger, 1993) en binnen psychiatische settings een focus van onderzoek (Nijman et al., 2005). In dit artikel geven we een overzicht van de beschikbare prevalentiecijfers met betrekking tot agressie-incidenten op reguliere en in het bijzonder forensische kinder- en jeugdpsychiatrische afdelingen. Daarnaast bespreken we de wetenschappelijke evidence over het beleid en de concrete maatregelen op deze settings om agressie-incidenten te voorkomen of te hanteren. Verder lichten wij de implementatie van het agressiehanteringsbeleid op de nieuwe forensische afdeling voor jongeren toe.

Methode

We verrichtten een systematische literatuurstudie op basis van PubMed en PsychInfo met de volgende zoektermen: 'agress*', 'vi-

olence', 'adolescen*', 'child', 'forensic', 'psychiatr*', 'hospital*', 'prevalence', 'interventions', 'strategies', 'measures', 'prevent(ion)' en 'manage(ment)'. Enkel Engelstalige of Nederlandstalige publicaties, verschenen vanaf 1990 tot mei 2011, werden geselecteerd. De literatuurlijst van de geselecteerde artikelen werd doorgenomen om eventuele bijkomende relevante publicaties te traceren.

De literatuurstudie zonder de specificatie 'forensic' leverde 104 artikelen op. Een eerste selectie gebeurde op basis van titel en abstract, waarbij elk artikel met een verwijzing naar agressie of geweld op een psychiatrische setting werd bekeken. Dat leidde tot de exclusie van 71 artikelen. Verdere lectuur van de overige 33 artikelen toonde aan dat het merendeel psychiatrische eenheden voor volwassenen (22) of spoedeisende eenheden (2) betrof.

Slechts 9 artikelen waren toegespitst op kinder- en jeugdpsychiatrie, waarbij 6 artikelen daadwerkelijk prevalentiecijfers over agressie beschreven. Drie artikelen bespraken prevalentie van agressie binnen de reguliere kinder- en jeugdpsychiatrie (Berntsen et al., 2011; Garrison et al., 1990; Ryan et al., 2004), 2 artikelen gaven prevalentiecijfers op een beveiligde unit (Boxer, 2007; Tompsett et al., 2011), en 1 artikel vermeldde gegevens van een forensische jeugdunit (Kelsall et al., 1995). Via het doornemen van de referenties en persoonlijke contacten konden we 4 relevante artikelen toevoegen (Crocker et al., 2010; Day et al., 1998; Kaltiala-Heino et al., 2007; Vivona et al., 1995).

Resultaten literatuuronderzoek

Prevalentie van agressie-incidenten in kinder- en jeugdpsychiatrie

In tabel 1 geven we een overzicht van de 10 gevonden artikelen met prevalentiegegevens over agressie-incidenten op een kinder- en jeugdpsychiatrische unit. Op een psychiatrische afdeling voor jongeren maakt agressie deel uit van het dagelijkse leven (Day et al., 1998). Gedurende een periode van 14 maanden vond er gemiddeld meer dan

Tabel 1. Overzicht artikelen met prevalentiegegevens over agressie-incidenten op een kinder- en jeugdpsychiatrische unit.

Eerste auteur; jaar	Populatie (unit (capaciteit)), aantal (m/v), leeftijd (gemiddelde; standaarddeviatie)	Periode	Onderzoeksvaariabele	% hierbij betrokken jongeren	Incidenten/onderzoekperiode Ratio (incid/mnd/capaciteit)
Beritsen; 2011	kinderpsychiatr. unit (nb) 294 jongeren (115/179) 6-16 jaar (gem. 13; SD: 2)	44 mnd	Agressie-incidenten, incl. ernstige verbale agressie	41	475 incidenten/44 mnd Ratio = nb
Boxer; 2007	beveiligde kinderspsychiatr. units (75*) 484 jongeren (257/227) 10-17 jaar (gem. 13,9; SD: 2,1)	30 mnd	Kritische incidenten	34,5	2165 incidenten/30 mnd Ratio = 1,0
Crocker; 2010	kinderpsychiatr. unit (12) 70 jongeren (51/19) 5-12 jaar (gem. 9,7; SD: 1,8)	12 mnd	Kritische incidenten	59	235 incidenten/12 mnd Ratio = 1,6
Day; 1998	kinderpsychiatr. unit (35) 99 jongeren (36/43) (gem. 15,1; SD: 2,3)	14 mnd	Agressie-incidenten, incl. verbale agressie	49	545 incidenten/14 mnd Ratio = 1,1
Garrison; 1990	kinderpsychiatr. unit (15) 99 jongeren (63/36) 5-15 jaar (gem. 12; SD: 2,4)	12 mnd	Kritische incidenten	75	887 incidenten/12 mnd Ratio = 4,9
Kaltiala-Heino; 2007	forensische psychiatr. unit (12) 31 jongeren (23/8) 11-17 jaar (gem. 14,8; SD: 1,8)	24 mnd	Kritische incidenten	55	765 incidenten/24 mnd Ratio = 2,7
Kelsall; 1995	forensische adolescentenunit (14) 74 jongeren (56/18) 12-18 jaar (gem. 15,7; SD: nb)	12 mnd	Agressie-incidenten, excl. verbale agressie	54	181 incidenten/12 mnd Ratio = 1,1
Ryan; 2004	kinderpsychiatr. unit (48) 111 jongeren (62/49) (gem. 13,9; SD: 2,8)	2 mnd	Agressie-incidenten, excl. verbale agressie	33	215 incidenten/2 mnd Ratio = 2,2
Thompsett; 2011	beveiligde kinderspsychiatr. units (75*) 149 jongeren (88/61) 5-17 jaar (gem. 14; SD: 3)	11 mnd	Kritische incidenten	27	233 incidenten/11 mnd Ratio = 0,3
Vivona; 1995	kinderpsychiatr. unit (nb) 89 jongeren (55/34) 5-15 jaar (gem. 11,7; SD: 2,8)	12 mnd	Kritische incidenten	78	674 incidenten/12 mnd Ratio = nb

Nb: niet bekend, ook niet na navraag bij de auteurs
Kritische incidenten: incidenten die gescoord werden op basis van de interventie die erop volgde, zoals separatie of vrijheidsbeperkende maatregelen.
* In deze studie was de capaciteit wisselend. De mediaan werd als gemiddelde capaciteit genomen.

1 agressie-incident per dag plaats (gemiddelde = 1,14) op een jeugdpsychiatrische behandel eenheid voor 35 jongeren. Agressie omvat in deze studie zowel fysieke agressie gericht op personen (ander of zelf), verbale agressie of agressie gericht op objecten. Specifiek voor fysieke agressie bedroeg het gemiddelde 0,65 incidenten per dag. De helft van de jongeren was betrokken bij minstens één incident. Ook impliceert dat cijfer dat de helft van de jongeren geen agressie pleegde, maar zelf wel dagelijks blootgesteld wordt aan deze situaties, hetzij als slachtoffer of als getuige.

Wanneer enkel naar fysieke agressie gericht op een teamlid werd gekeken, rapporteren Ryan et al. (2004) dat tijdens een onderzoeksperiode van twee maanden 33% van de jongeren betrokken was bij minstens 1 van de 215 incidenten. Dat komt neer op ongeveer 3,5 incidenten van fysieke agressie per dag, verspreid over 4 units van 12 bedden. Recente cijfers uit een 44 maanden durend onderzoek van Berntsen et al. (2011) tonen aan dat 41% van de 6- tot 16-jarigen agressief gedrag vertoont.

Opvallend is dat studies die prevalentiecijfers rapporteren van kritische incidenten, met name gedrag dat leidt tot afzondering of andere vrijheidsbeperkende maatregelen, hogere percentages geven van jongeren die betrokken zijn bij dergelijke ernstige agressie-incidenten, namelijk 59% tot 78% (Crocker et al., 2010; Garrison et al., 1990; Vivona et al., 1995).

Op een beveiligde jeugdpsychiatrische unit wordt een lagere prevalentie van kritische incidenten gerapporteerd. In de studie van Boxer (2007) is net geen 35% van de jongeren tussen 10 en 16 jaar betrokken bij incidenten die leiden tot vrijheidsbeperkende maatregelen. Deze cijfers dalen naar 27% in het replicatieonderzoek van Thompsett et al. (2011) op dezelfde unit.

Agressie maakt deel uit van het dagelijks leven op een psychiatrische kinder- en jongerenafdeling en verder systematisch en vergelijkend onderzoek naar de prevalentie

is cruciaal om zicht te krijgen op de betekenis van eventuele verschillen (Crespi, 1990). Door de grote verschillen in gehanteerde definities, registratiemethodes, onderzoeksperiode en settings is het tot nu toe onmogelijk hierover uitspraken te doen.

Prevalentie van agressie-incidenten in forensische psychiatrie voor jongeren

Prevalentiecijfers voor agressieve incidenten in een forensische jeugdpsychiatrische behandel eenheid zijn er weinig, met uitzondering van twee studies (Kaltiala-Heino et al., 2007; Kelsall et al., 1995) en het proefschrift van Schopman (2011) over de forensische jeugdpsychiatrische unit Barentsz in Nederland. Hieruit bleek dat 72% van de jongeren uit de steekproef reactieve of proactieve agressie vertoonde.

Kaltiala-Heino et al. (2007) rapporteren op een gedetailleerde wijze het agressiehanteringsbeleid tijdens de eerste twee werkjaren van een nieuwe psychiatrische behandelunit voor 12 jongeren met een forensische voorgeschiedenis en/of gewelddadig gedrag. De onderzoekspopulatie bestaat uit 31 jongeren, tussen 11 en 17 jaar, van wie 84% gewelddadige of andere delicten pleegden die ernstig genoeg waren voor vervolging.

Gemiddeld waren er dagelijks 1,05 fysieke interventies naar aanleiding van een incident, waarbij 55% van de jongeren betrokken was. Kelsall et al. (1995) rapporteren vergelijkbare cijfers: 54% van de jongeren op deze eenheid met gemiddelde beveiliging (14 bedden) is verantwoordelijk voor ongeveer 1 incident met geweld per 2 dagen.

Deze cijfers wijken niet opvallend af van gegevens uit de reguliere kinder- en jeugdpsychiatrie, in tegenstelling tot wat vaak algemeen aangenomen wordt. Deze overeenkomst kan verklaard worden door de centrale focus bij forensisch werken op de aanpak en preventie van agressie en de vertaling in duidelijk gestructureerde afdelingsregels en materiële voorzieningen. Echter, opnieuw moeten we hier de kanttekening maken dat het vergelijken van deze cijfers uitermate moeilijk is, gezien de grote verschillen in de onderzoekspostellingen.

Beleid nieuwe eenheid

Bij het opstarten van Fordulas, een nieuwe forensische behandelunit van 8 bedden binnen het universitair ziekenhuis UPC-KU Leuven, campus Kortenberg, werd de literatuur doorgenomen om een evidencebased agressiehanteringsbeleid uit te bouwen. De doelpopulatie van Fordulas bestaat uit jongeren tussen 12 en 18 jaar, verwezen door een jeugdrechter, wegens de combinatie van een forensische status met ernstige psychiatrische problemen. Fordulas is een instelling met een gemiddeld beveiligingsniveau waar jongeren terecht kunnen met een gemiddelde tot hoge zorgbehoefte en een recidiverisico dat als medium tot hoog wordt ingeschat. De behandeling is gebaseerd op het concept van *safe care*.

In de beschikbare literatuur werd weinig informatie gevonden omtrent het agressiehanteringsbeleid. Vaak worden slechts zijdelings concrete aanbevelingen gedaan voor het ontwikkelen van een agressiehanteringsbeleid. Een uitzondering hierop is het artikel van Kaltiala-Heino et al. (2007), waar het geprotocolleerde agressiehanteringsbeleid gedetailleerd wordt beschreven. Deze auteurs stellen dat een duidelijk agressiehanteringsbeleid zinvol en werkzaam is. Een stabiel beleid leidt tot een afname vast van agressie. Het proefschrift van Valenkamp (2011) bevestigt dat het installeren van een omschreven agressiebeleid met de individuele proactieve agressiehanteringsmethode (IPAM) het gebruik van inperkende maatregelen halveerde.

Het agressie- en veiligheidsbeleid kan beschreven worden aan de hand van twee grote subgroepen van maatregelen: enerzijds de *statische, structurele veiligheidsmaatregelen* zoals de infrastructuraanpassingen en anderzijds de *dynamische maatregelen* die een breed gamma van beleidskeuzes omvatten.

Structurele beveiliging

Opnieuw werden bij de voorbereiding van de afdeling weinig concrete richtlijnen gevonden.

Er werd *structureel* geïnvesteerd in een veilige fysieke omgeving. Een zeldzaam artikel hierover is het document 'veiligheidsvoorzieningen in de ggz' (Bouwcollege, 2003), gebaseerd op het model voor agressief gedrag in intramurale psychiatrische – inclusief forensische – instellingen van Nijman (2002). In deze nota worden bouwkundige aspecten onderverdeeld in bouwkundig-functionele opzet van de afdeling (o.a. voldoende verkeersruimte en een goed overzicht over de afdeling), de toepassing van specifieke technische voorzieningen (o.a. persoonsbeveiligingssystemen en camera's) en het afwerkniveau en de materiaalkeuze (slagvast, vandalismebestendig en onderhoudsvriendelijk). Er wordt een evenwicht gezocht tussen een genormaliseerd behandelklimaat, met voldoende voorzieningen om de veiligheid te optimaliseren. Deze aspecten zijn zeer concreet uitgewerkt, bijvoorbeeld de aanbeveling om gangen 1,8 tot 2 meter breed te maken.

Op Fordulas werd, bovenop de algemene voorzieningen van het psychiatrisch ziekenhuis UPC-KU Leuven te Kortenberg, onder meer geopteerd voor stevig materiaal, veilige meubels, grotere zichtbaarheid door ramen die tot de grond doorlopen voor alle gemeenschappelijke leef- en therapieruimtes en cameratoezicht. Niet enkel op belangrijke gemeenschappelijke ruimtes kan, vanuit de centrale verpleegpost, toezicht worden gehouden, maar ook in elke individuele kamer werden camera's en een intercomsysteem geplaatst. Er werden door de ethische commissie van het ziekenhuis goedgekeurde richtlijnen opgesteld omtrent het gebruik van deze camera's: enkel bij nacht van 22:00 tot 7:30 uur wanneer er maar 1 personeelslid aanwezig is of bij een inschatting van een gevaarsituatie, maar nooit ter vervanging van afzondering of ter vervanging van toezicht.

Door een indicator aan elke deur van de kamers van de patiënten is vanuit de gang en in de verpleegpost zichtbaar welke deuren gesloten zijn. Daarnaast is er ook een oproepsysteem voorzien voor *alle* teamleden, waarbij zowel een intern alarm gegeven kan worden als een vraag naar bijkomende, externe versterking. Veiligheidsplannen werden in detail

uitgewerkt, naast duidelijke protocollen voor het omgaan met agressie, lichaamscontroles, brandveiligheid, isolatie, enzovoort.

Relationele beveiliging

Theoretische visie

De richtlijn van de American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (AACAP) stelt dat een agressiehanteringsbeleid in de kinder- en jeugdpsychiatrie gericht moet zijn op preventie, vroege interventie met technieken gericht op het vermijden van verdere escalatie en therapeutische woedehanteringsprogramma's (Masters et al., 2002). Alert zijn op de vroegste signalen van agressie is daarbij cruciaal (Fluttert et al., 2010; Hage et al., 2009; Valenkamp, 2011). Deze richtlijn wordt geïncorporeerd in het sociaal competentie-model van Spanjaard (ter Metz & Spanjaard, 2006) waarop het agressiehanteringsbeleid van Fordulas gebaseerd is. In dit model wordt bij incidenten uitgegaan van een cascademodel waarbij vier trappen worden onderscheiden op basis van de ernst van het agressief of dreigend gedrag en waar gerichte instructies aan worden gekoppeld. Deze variëren van de instructie 'STOP' in combinatie met een verkorte corrigerende instructie tot afzondering.

De achterliggende visie gaat uit van een balans tussen ontwikkelingstaken en vaardigheden, waarbij er competentieverhoging wordt nagestreefd en op moeilijke momenten geopteerd wordt voor taakverlichting. De centrale focus op competenties en vaardigheden, veel meer dan op tekorten, promoot een therapeutisch klimaat van aanmoedigen in plaats van bestraffen, wat de relationele beveiliging ten goede komt.

Al voor de opstart van Fordulas werd het belang van dynamische veiligheidsmaatregelen vooropgesteld. Een cruciaal onderdeel is de investering in gekwalificeerd en goed opgeleid personeel. De relationele beveiliging is van groot belang voor de veiligheid op de afdeling en wordt zelfs op bepaalde units als belangrijkste instrument tot verandering gehanteerd (Inderbitzin, 2007). Een uitge-

breide, wetenschappelijke en intensieve opleiding werd voorzien voor het gehele team, met aandacht voor de visie op agressie en de aanpak ervan. Dat gebeurde onder meer in de meerdaagse opleidingen agressiehantering door Cottenie (Cottenie & De Smet, 2009), Equip (Elling, 2004) en het sociaal competentie-model (ter Metz & Spanjaard, 2006).

Systematische registratie

Als aanvulling werd geopteerd om systematisch en gestructureerd alle agressie-incidenten te registreren en te evalueren. Enerzijds biedt dat de mogelijkheid om het agressiehanteringsbeleid van de afdeling te evalueren en eventueel bij te sturen. Anderzijds blijft door deze nauwgezette follow-up ervan het hele behandelteam alert voor elke (ook minimale) vorm van agressie en wordt normvervaging tegengegaan (Nijman et al., 1997b; Trulson, 2007). Hiervoor wordt gebruik gemaakt van de *Modified Over Aggression Scale* (MOAS) van Kay et al. (1988). Van elk incident worden de vorm en de ernst van agressie gescoord. Daarnaast worden aanvullend ook tijdstip, aanleiding, interventie, gevolgen, mate waarin het personeelslid zich bedreigd voelde en aantal betrokken hulpverleners weergegeven.

Het gebruik van dit geautomatiseerde registratieformulier kent al een jarenlange traditie op alle afdelingen (volwassenen- en jongerenunits) van het universitair psychiatrisch ziekenhuis waartoe Fordulas behoort en wordt door verpleegkundigen als zinvol, efficiënt en haalbaar ervaren. Door deze continue en systematische registratie wordt de prevalentie van agressie-incidenten in kaart gebracht.

Inzicht in de omstandigheden en de context biedt aanknopingspunten voor het agressiehanteringsbeleid. Concreet stelden we bijvoorbeeld na enkele maanden vast dat er een piek van incidenten was tijdens de avonduren. Deze vaststelling leidde tot het verschuiven van activiteiten (zoals douchemomenten en onderhoudstaken) van de avonduren naar momenten overdag, enerzijds wegens de sterkere personeelsbezetting op die momenten,

maar anderzijds ook om taakverlichting na te streven en meer gestructureerde activiteiten 's avonds te kunnen voorzien. Daarna zagen we een daling van het aantal incidenten tijdens de avonduren vastgesteld.

Continue risico-inschatting

Een goed veiligheidsbeleid omvat een onderbouwd risicomangement. Hierbij is een goede risicotaxatie onontbeerlijk. Deze taxatie gebeurt grotendeels voor de opname, door een grondige outreachende forensische diagnosstelling, inclusief criminogenese, psychopathie-inschatting (PCL-YV, Das et al., 2009) en risicotaxatie voor gewelddadig gedrag (SAVRY; Lodewijks et al., 2008). Daarnaast blijft risicotaxatie een onderdeel van het dagelijks werk op de unit. De constante waakzaamheid voor gedragsveranderingen of specifieke opmerkingen is noodzakelijk om de snel fluctuerende risico's bij deze jongeren accuraat in kaart te brengen tijdens de dagelijkse multidisciplinaire overlegmomenten. Deze risicotaxatie wordt gecoördineerd door de criminoloog en is de basis voor alle dagelijkse beslissingen over zaken zoals bewegingsvrijheden, activiteiten, gebruik van potentieel gevaarlijk materiaal zoals messen, scharen en ergotherapeutisch materiaal.

Daarnaast volgt de criminoloog het veiligheidsbeleid en de mate waarin dit wordt nageleefd. Deze 'compliance' van alle teamleden is cruciaal om blijvend een veilig behandelingsklimaat te garanderen (Black et al., 1994).

Discussie

Prevalentie

Specifieke prevalentiegegevens over agressieve incidenten in een (forensische) psychiatrische behandel eenheid voor jongeren zijn schaars. Na een grondige literatuurstudie vonden wij slechts 10 artikelen. Het aantal jongeren dat gedurende de opname betrokken was bij een agressie-incident, varieert van 27% tot 78%. Uit deze studies wordt duidelijk dat agressie deel uitmaakt van de

realiteit op een jeugdpsychiatrische behandel eenheid. Deze bevindingen tonen ook dat kwetsbare jongeren, met veelal een ernstige psychiatrische problematiek, die geen agressie vertonen, tijdens hun opname bijna dagelijks blootgesteld worden aan deze situaties, als slachtoffer of getuige. De impact hiervan is nog onduidelijk en zelden verder onderzocht. Tal van onderzoeken tonen echter de negatieve impact van ernstige verbale en fysieke agressie op de ontwikkeling en de chroniciteit van psychiatrische klachten (Burke et al., 2005). Om deze reden mogen we de impact van deze incidenten niet onderschatten en rechtvaardigen ze een zorgvuldig uitgewerkt agressiehanteringsbeleid. Daarnaast is dit ook cruciaal om een veilig behandelklimaat te waarborgen, zowel voor patiënten als personeel.

De prevalentiegegevens van de forensische units komen in hoge mate overeen met de cijfers in de reguliere kinder- en jeugdpsychiatrie, ondanks de vaak uitgesproken verwachting dat de forensische jongeren meer risico lopen om agressieve incidenten te plegen gezien de problematiek en de voorgeschiedenis van deze jongeren. Daar staat tegenover dat op een forensische unit agressie veelal een centrale focus kent. Daarom wordt er vaak een expliciet agressiehanteringsbeleid uitgewerkt, wat een positief effect heeft op het voorkomen van agressie. In overeenstemming hiermee zien we dat op een beveiligde kinderp psychiatrische setting minder agressie-incidenten lijken voor te komen dan op algemene kinderp psychiatrische settings. Het blijft echter zeer moeilijk om cijfers over verschillende studies te vergelijken en te interpreteren. Meer en beter vergelijkbare prevalentiegegevens zijn noodzakelijk om deze hypothesen empirisch te toetsen.

Verder onderzoek

Verder onderzoek is nodig om aanknopingspunten te vinden naar het agressiehanteringsbeleid. Prevalentiegegevens die op een betrouwbare wijze worden gegenereerd en waarbij ook de kenmerken van de agressor, de situatie en de context in kaart worden ge-

bracht, zijn belangrijk om een agressiehanteringsbeleid empirisch te onderbouwen. In Nederland gebeurt dergelijk onderzoek door de groep rond Nijman, maar tot nu toe blijven de empirische studies hoofdzakelijk beperkt tot volwassen populaties. In het agressiemodel dat zij voorstellen, worden niet enkel kenmerken van de patiënt mee opgenomen, maar ook kenmerken van het personeel en de behandelunit (Nijman, 2002).

Beleid voor de eigen afdeling

Over het agressiehanteringsbeleid op een forensische unit voor jongeren bestaat nauwelijks literatuur. Er wordt melding gemaakt van het belang van zowel statische als dynamische factoren in de preventie en aanpak van incidenten, maar de vertaling naar de doelgroep van forensische jongeren is weinig concreet. Kaltiala-Heino et al. (2007) tonen aan dat een duidelijk uitgewerkt en geprotocolleerd agressiehanteringsbeleid werkt. Zij rapporteren een systematische daling van het aantal incidenten naarmate het agressiehanteringsbeleid beter geïntegreerd wordt in de werkwijze op de behandelunit.

Statische veiligheidsmaatregelen werden bij de opstart van Fordulas geïntegreerd door infrastructurele aanpassingen en diverse veiligheidsmaatregelen qua communicatie en zichtbaarheid. Daarnaast ging grote zorg uit naar de dynamische veiligheidsfactoren. Hierbij verwijzen we naar de intensieve opleiding voor alle teamleden waarbij uitgebreid stilgestaan werd bij de theoretische visie en het werkmodel gebaseerd op het sociaal competentiemodel (ter Metz & Spanjaard, 2006), het continu werk maken van risicotaxatie door het gehele team, maar ook specifiek onder leiding van de aanwezige criminoloog, en de systematische registratie van alle incidenten. Deze registratie is enerzijds een continue toetsing van het gehanteerde agressiebeleid, maar houdt anderzijds ook de alertheid van het team scherp en gaat normvervaging tegen. Juist de eerste signalen maken vroeg ingrijpen in de agressieketen mogelijk en maximaliseren de kans op preventie of vroege interventie om verdere escalatie

tegen te gaan. Deze richtlijn vanuit het sociaal competentiemodel sluit nauw aan bij de richtlijnen van de AACAP.

Conclusie en kanttekening

De meerwaarde van dit artikel is dat alle recente literatuur over agressie-incidenten op een kinder- en jeugdpsychiatrische setting, en meer in het bijzonder de forensische settings, bijeen is gebracht. De beperkingen zijn het geringe aantal studies naar agressie-incidenten en de grote verschillen in onderzoeksdesigns. Verder onderzoek, met een duidelijke definitie van agressie, een valide en betrouwbaar registratie-instrument en met inbegrip van kenmerken van de persoon, context en situatie is nodig.

Tot slot willen we nog een belangrijke kanttekening maken. Cijfers zeggen veel, maar niet alles. De mate waarin het personeel zich veilig voelt op een afdeling, is geen rechtstreekse weerspiegeling van het aantal incidenten dat er plaatsvindt. Dat wordt overtuigend aangegeven in de studie van Black et al. (1994). Zij kwamen tot de paradoxale bevinding dat juist in die setting waar de meeste agressie-incidenten plaatsvonden, het personeel zich het veiligst voelde. Dat werd verklaard doordat op deze setting het team het best geschoold was om met agressie om te gaan en hier ook de meeste ervaring mee had opgedaan. Bij het subjectieve veiligheidsgevoel overheersen meer de alertheid en de vorming van het personeel dan de feitelijke prevalentie van geweld. Dat is een hoopgevende vaststelling voor wie overweegt op een forensische unit te gaan werken.

[NOTEN]

1. Dit artikel werd eerder gepubliceerd in het *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 2012, 54(9), p. 797-806.
2. Sabine Tremmery, hoogleraar psychiatrie, UPC-KU Leuven, campus Kortenberg.
An de Decker, PhD, psycholoog-therapeut, UPC-KU Leuven, campus Kortenberg.

Marc De Hert, hoogleraar en hoofdgeneesheer, UPC-KU Leuven, campus Kortenberg.

Jan De Vare, gepromoveerd psychiater, PC Sint-Jan-Baptist, Zelzate.

Marina Danckaerts, hoogleraar psychiatrie, UPC-KU Leuven, campus Leuven.

Correspondentieadres: prof. dr. Sabine Tremmery, UPC-KU Leuven, Leuvensesteenweg 517, 3070 Kortenberg, België, bie.tremmery@uc-kortenberg.be.

[L I T E R A T U U R]

- Berntsen, E., Starling, J., Durheim, E., Hainsworth, C., de Kloe, L., Chapman, L. et al. (2011). Temporal trends in self harm and aggression on a paediatric mental health ward. *Australas Psychiatry*, 19, 64-69.
- Black, K.J., Compton, W.M., Wetzel, M., Minchin, S., Farber, N.B., & Rastogi-Cruz, D. (1994). Assaults by patients on psychiatric residents at three training sites. *Hosp Community Psychiatry*, 45, 706-710.
- Boxer, P. (2007). Aggression in very high-risk youth: Examining developmental risk in an inpatient psychiatric population. *Am J Orthopsychiatry*, 77, 636-646.
- Bouwcollege (2003). Bureau-notitie veiligheidsvoorzieningen GGZ, 31 maart 2003. http://www.bouwcollege.nl/Pdf/zorg/bn_%20veiligheidsvoorzieningen.pdf.
- Burke, J.D., Loeber, R., Lahey, B.B., & Rathouz, P.J. (2005). Developmental transitions among affective and behavioral disorders in adolescent boys. *J Child Psychol Psychiatry*, 46, 1200-1210.
- Cottenie, J. (2010). *Verbale en fysieke agressiehantering*. Melle.
- Cottenie, J., & De Smet, S. (2009). *Het belang van de non-verbale communicatie bij agressiehantering*. Gent: Hogeschool, p. 345-355.
- Crespi, T.D. (1990). Restraint and seclusion with institutionalized adolescents. *Adolescence*, 25, 825-829.
- Crocker, J.H., Stargatt, R., & Denton, C. (2010). Prediction of aggression and restraint in child inpatient units. *Aust N Z J Psychiatry*, 44, 443-449.
- Das, J., de R.C., Doreleijers, T., & Hillege, S. (2009). Reliability and construct validity of the Dutch psychopathy checklist: Youth version: Findings from a sample of male adolescents in a juvenile justice treatment institution. *Assessment*, 16, 88-102.
- Davis, S. (1991). Violence by psychiatric inpatients: A review. *Hosp Community Psychiatry*, 42, 585-590.
- Day, H.D., Franklin, J.M., & Marshall, D.D. (1998). Predictors of aggression in hospitalized adolescents. *J Psychol*, 132, 427-434.
- Elling, M. (2004). Databank effectieve jeugdin interventies (testversie): beschrijving 'Equip'. Utrecht: NIZW.
- Flutters, F.A., van Meijel, B., Nijman, H., Bjorkly, S., & Grypdonck, M. (2010). Preventing aggressive incidents and seclusions in forensic care by means of the 'Early Recognition Method'. *J Clin Nurs*, 19, 1529-1537.
- Garrison, W.T., Ecker, B., Friedman, M., Davidoff, R., Haeberle, K., & Wagner, M. (1990). Aggression and counteraggression during child psychiatric hospitalization. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 29, 242-250.
- Hage, S., van Meijel, B., Flutters, F., & Berden, G.F. (2009). Aggressive behaviour in adolescent psychiatric settings: What are risk factors, possible interventions and implications for nursing practice? A literature review. *J Psychiatr Ment Health Nurs*, 16, 661-669.
- Inderbitzin, M. (2007). A look from the inside: Balancing custody and treatment in a juvenile maximum-security facility. *Int J Offender Ther Comp Criminol*, 51, 348-362.
- Kaltiala-Heino, R., Berg, J., Selander, M., Työläjärv, M., & Kahila, K. (2007). Aggression management in an adolescent forensic unit. *International Journal of Forensic Mental Health*, 6, 185-196.
- Kay, S.R., Wolkenfeld, F., & Murrill, L.M. (1988). Profiles of aggression among psychiatric patients. I. Nature and prevalence. *J Nerv Ment Dis*, 176, 539-546.
- Kelsall, M., Dolan, M., & Bailey, S. (1995). Violent incidents in an adolescent forensic unit. *Med Sci Law*, 35, 150-158.
- Lodewijks, H.P., Doreleijers, T.A., de Ruiter, C., & Borum, R. (2008). Predictive validity of the Structured Assessment of Violence Risk in Youth (SAVRY) during residential treatment. *Int J Law Psychiatry*, 31, 263-271.
- Masters, K.J., Bellonci, C., Berner, W., Arnold, V., Beitchman, J., Benson, R.S. et al. (2002). Practice parameter for the prevention and

- management of aggressive behavior in child and adolescent psychiatric institutions, with special reference to seclusion and restraint. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 41, 4S-25S.
- Menninger, W.W. (1993). Management of the aggressive and dangerous patient. *Bull Menninger Clin*, 57, 208-217.
- Nijman, H.L. (2002). A model of aggression in psychiatric hospitals. *Acta Psychiatr Scand Suppl*, 142-143.
- Nijman, H.L., Allertz, W.F., Merckelbach, H.L., à Campo, J.L., & Ravelli, D.P. (1997a). Aggressive behaviour on an acute psychiatric admissions ward. *Eur J Psychiatr*, 11, 106-114.
- Nijman, H.L., Merckelbach, H.L., Allertz, W.F., & à Campo, J.M. (1997b). Prevention of aggressive incidents on a closed psychiatric ward. *Psychiatr Serv*, 48, 694-698.
- Nijman, H.L., Palmstierna, T., Almvik, R., & Stolker, J.J. (2005). Fifteen years of research with the Staff Observation Aggression Scale: A review. *Acta Psychiatr Scand*, 111, 12-21.
- Ryan, E.P., Hart, V.S., Messick, D.L., Aaron, J., & Burnette, M. (2004). A prospective study of assault against staff by youths in a state psychiatric hospital. *Psychiatr Serv*, 55, 665-670.
- Schopman, T. (2011). *Reactieve en proactieve agressie bij adolescenten met ernstige gedragsproblemen in combinatie met psychiatrische stoornissen. Onderzoek bij Barentsz, Altrecht GGZ*. Utrecht: Universiteit Utrecht.
- ter Metz, E., & Spanjaard, H. (2006). *Competentievergroting in een Forensisch Jeugdpsychiatrische kliniek. Handboek*. Duivendrecht: PI Research.
- Tompsett, C.J., Domoff, S., & Boxer, P. (2011). Prediction of restraints among youth in a psychiatric hospital: Application of translational action research. *J Clin Psychol*, 67, 368-382.
- Trulson, C.R. (2007). Determinants of disruption: Institutional misconduct among state-committed delinquents. *Youth Violence and Juvenile Justice*, 5, 7-34.
- Valenkamp, M. (2011). *Inperking voorkomen. Individuele proactieve agressiehanteringsmethode (IPAM) in de (dag) klinische kinderpneumatie en jeugdzorg: verantwoording en evaluatie*. Rotterdam: Erasmus Universiteit.
- Vivona, J.M., Ecker, B., Halgin, R.P., Cates, D., Garrison, W.T., & Friedman, M. (1995). Self- and other-directed aggression in child and adolescent psychiatric inpatients. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 34, 434-444.